|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日（FAX送信日）： | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

公立八女総合病院 医療連携課　行

FAX：0943-22-6929

予約受付時間 平日　9時～17時（FAXは24時間送信可）　※土日祝日、12月29日～1月3日を除く

（17時以降のFAX受信は、翌診療日の対応となります。）

※本紙による予約は、翌々診療日以降の予約となります。

診療情報提供書(予約依頼書)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |  |  | |
| 受　診　希　望　日 | |
| 医師名 |  | 印 | 第１：令和 | 年　　月　　日 |
| 第２：令和 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 |  | | 第３：令和 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | 当院受診歴 | | 有　　無　　　不明 | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 性　別 | | 男性　　女性 | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | 生年月日 | | 西暦　 T　 S　 H 　  R | | | | | | | | | |
|  | 年 | |  | 月 |  | 日生 | （ |  | ）歳 |
| 住　　所 | 〒 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | |  | | | | その他 | |  | | | | | | | |
| 携帯 | |  | | | |
| 希望診療科 |  | | | 傷病名 | |  | | | | | | | | | | |
| 紹介目的 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴  家族歴 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状経過  検査結果 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療経過 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の処方 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

※ ご不明な点等ございましたら、医療連携課（0943-22-3177）へお問い合わせください。

【公立八女総合病院記入欄】以下は本院使用欄です。記入は不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | | | | | | | | | | | |
| 受診日時 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  | 分 | 担当者 |  | |